

Demande d'allocations familiales pour indépendants

Demande: allocations familiales différence intercantonale différence internationale
Seules les demandes remplies de manière complète et accompagnées de tous documents et annexes requis seront traitées.

1 Demandeur

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| nom | | prénom | | numéro d'assuré (no AVS) | |
| date de naissance | | sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | | nationalité | |
| | | | | allocation demandée à partir de? (date) | |
| état civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) volontairement <input type="checkbox"/> légalement séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous | | | | | depuis le (date) |
| canton de domicile | | lieu de travail (canton) | | numéro de décompte | |
| numéro de téléphone | | adresse e-mail | | | |
| Le revenu annuel soumis à l'AVS, dépasse-t-il 7170 (–2022) resp. 7350 francs (2023–)? | | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

2 Activité dépendante supplémentaire

Le demandeur exerce-t-il aussi une activité lucrative dépendante (ou plusieurs activités) où le salaire total dépasse 7170/7350 francs par an? (Est considérée dépendante par exemple l'activité de médecin/dentiste scolaire, enseignant ou conseiller d'administration.) oui non

Si oui: Nom et adresse de contact des autres employeurs et revenu annuel perçu par employeur:

3 Autre parent

| | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------|---|
| nom | | prénom | | numéro d'assuré (no AVS) | |
| date de naissance | | sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | | nationalité | |
| | | | | état civil | |
| | | | | depuis le (date) | |
| rue / no | | NPA / localité | | téléphone | |
| | | | | Mail | |
| L'autre parent perçoit-il une prestation APG ou des allocations familiales (CH/UE/AELE)? | | | | | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Si oui: Quelle prestation et par quel office compétent? Veuillez joindre l'attestation de l'office compétent. | | | | | |
| Condition juridique de l'autre des deux parents concernant l'AVS? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> employé(e) <input type="checkbox"/> indépendant(e) <input type="checkbox"/> sans activité lucrative <input type="checkbox"/> au chômage | | | | | |
| Début de l'indication confirmée ci-dessus: | | | | | |
| Si employé(e): Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur | | canton de travail | Qui obtiendra le revenu le plus élevé soumis à l'AVS? <input type="checkbox"/> requérant(e) <input type="checkbox"/> autre parent | | Est-ce que le salaire de l'autre parent dépasse CHF 7'350.00 par an ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

4 Conjoint actuel, si celui-ci n'est pas identique à l'autre des deux parents^A

| | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------|--|
| nom | | prénom | | numéro d'assuré (no AVS) | |
| date de naissance | | sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin | | nationalité | |
| | | état civil | | depuis le (date) | |
| rue / no | | NPA / localité | | téléphone | |
| | | | | Mail | |
| Condition juridique du conjoint actuel concernant l'AVS? (état et adresse de l'employeur resp. de la caisse AVS) | | | | | |

^A Si les enfants ne vivent pas avec le demandeur, il faut communiquer les données du conjoint actuel de l'autre des deux parents.

5 Tous les enfants jusqu'à 25 ans, pour lesquels des allocations sont sollicitées

Si vous devez annoncer plus de quatre enfants, veuillez compléter le chiffre 5 sur une autre demande.

a) Informations générales

| Enfant | nom | prénom | date de naissance ^A | m/f ^B | Vit au sein de votre ménage? ^C | | Rapport de l'enfant au demandeur? ^D | | | | | | Incapacité de gain? ^E | |
|--------|-----|--------|--------------------------------|------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| | | | | | oui | non | N | A | C | R | F | P | | |
| 1 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

^A Si l'enfant a atteint 16 ans, veuillez compléter les indications dans le tableau **c)** ci-dessous.

^B m = masculin, f = féminin

^C non = L'enfant ne vit pas au sein du ménage du demandeur; veuillez compléter l'adresse dans le tableau **d)** ci-dessous.

^D N = enfant naturel, A = e. adopté, C = e. du conjoint de l'ayant droit, R = e. recueilli, F = frère/sœur, P = petit-fils/petite-fille.

^E Cocher, si l'enfant est âgé de plus de 16 ans et inapte à exercer un emploi (joindre un certificat médical).

b) Autorité parentale

Qui a l'autorité parentale? autorité parentale conjointe mère père
 Remarque pour les cas particuliers:

c) Informations complémentaires pour les enfants de plus de 16 ans en formation

| | type de formation | emploi formation | début | fin | revenu ^A |
|---|-------------------|------------------|-------|-----|---------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

^A Moyenne mensuelle du revenu de l'activité professionnelle.

Informations complémentaires pour les enfants ne vivant pas au sein du ménage

| | adresse du domicile de l'enfant (rue, NPA/localité, pays) |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

6 Questions complémentaires pour requérante en congé maternité

A la fin du congé maternité

il ne sera pas repris d'activité professionnelle: Date de sortie: _____

l'activité professionnelle sera reprise à la date du: _____ Revenu (CHF) _____ x12 x13

Est-ce que la reprise de l'activité sera précédée d'un congé non payé? Si oui: du _____ au _____

Remarque: Si, à la fin du versement des allocations de maternité, le revenu le plus élevé est perçu par l'autre parent, cela doit être annoncé à la caisse d'allocations familiales.

7 Remarques

| |
|--|
| |
|--|

8 Documents qui doivent être joints à la demande

Si le document n'a pas déjà été précédemment adressé à la *medisuisse* et qu'aucun changement n'ait eu lieu depuis.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Personnes de nationalité suisse: | Copie du livret de famille (parents et naissances) <u>ou</u> copies de l'acte de mariage et de l'acte de naissance de l'enfant/des enfants |
| Personnes de nationalité étrangère: | Parents: livret pour étrangers et acte de mariage (traduit) Enfants: livret pour étrangers et acte de naissance (traduit) Ressortissants des Etat membres de l'UE/AELE: Confirmation actuelle du service compétent pour les prestations familiales dans l'Etat de résidence de l'enfant |
| Personnes célibataires: | Acte de naissance des enfants, reconnaissance en paternité, contrat d'entretien, convention de l'autorité parentale conjointe |
| Personnes divorcées ou séparées: | Extrait du jugement de divorce ou de séparation concernant l'autorité parentale resp. le droit de garde |
| Pour les enfants de plus de 16 ans: | Attestation de formation actuelle; certificat médical en cas d'incapacité de gain |

9 Attestation et signature

Les personnes soussignées attestent

- avoir rempli la demande conformément à la vérité,
- avoir pris connaissance que par enfant, une seule allocation complète peut être perçu,
- savoir s'exposer à des sanctions pénales en faisant de fausses déclarations ou en dissimulant des faits essentiels,
- avoir noté que toute prestation perçue à tort doit être restituée,
- avoir pris bonne note de son obligation de communiquer sans tarder à l'employeur, resp. à la caisse de compensation, tout changement intervenu dans sa situation familiale et pouvant avoir une incidence sur le droit à l'allocation.

| | |
|--------------|------------------------|
| lieu et date | signature du demandeur |
|--------------|------------------------|

Pour un même enfant, il n'est permis de recevoir qu'une seule allocation. Sous www.medisuisse.ch (> Prestations > Allocations familiales > Premier droit) il est possible de déterminer à qui s'applique le droit aux allocations familiales. Il n'y a pas de libre choix. Les allocations perçues à tort ou perçues auprès d'une caisse qui n'est pas la caisse compétente doivent être restituées.